

Részletes rész

11. fejezet

Pszichiátriai károsodások

Tringer László

*Huszár Ilona
Kuncz Elemér*

Affektív kórképek

Kuncz Elemér

Az affektív kórképek gyakorisága

Az érzelmi-indulati és a hangulati élet zavarainak gyakorisága jelentős mértékben függ a társadalmi megítéléstől. Az utóbbi évtizedekben világszerte jelentősen előtérbe kerültek a hangulati nyomottsággal jellemzett kórképek, és mint „depresszív állapotok” népbetegségi szintet értek el. Nagy, elsősorban háziorvosi praxisokban végzett hazai és külföldi statisztikai felmérések azt mutatták, hogy az ún. major depressziók, illetve az egyéb depressziók akár 15–25%-ban is jelentkezhetnek az egyén életében legalább egy alkalommal. A bipoláris forma (régii nevén psychosis maniacodepressiva) sokkal ritkább, élethossz-prevalenciája 1% körüli.

Az affektív kórképek klasszifikációja

A betegségcsoportot kedélybetegségeknek is szokták nevezni, jellemző rájuk az érzelmi-hangulati élet elsődleges megváltozása. A pozitív irányú változás, a hangulati emelkedettség, vagyis a *mánia*, *hipománia* (F30) leggyakrabban az ún. *bipoláris formákban* (F31), a depresszív fázissal váltakozva jelenik meg. A bipoláris formák enyhe változatait *ciklotímiának* nevezzük (F34.0).

Sokkal gyakoribb a negatív irányú változás, a *depresszió* (F32, F33), mely megjelenhet a bipoláris forma egyik fázisaként vagy monopolárisan. Ezenkívül azonban organikus agyi bántalmakat (epilepsziát, keringési károsodásokat, traumák okozta bántalmakat stb.) is kísérhet hangulati nyomottság, és gyakran jelentkezhet elhúzódozó monofázisos formában az involúció korában. A súlyos (major) depressziók két alakban fordulhatnak elő, pszichotikus tünetek nélkül vagy

pszichotikus tünetekkel. Ez utóbbiban sajátos érzécsalódások, pl. az önvádakat tartalmazó szidalmak, mint hanghallások vagy kellemetlen szaghallucinációk fordulhatnak elő, valamint az érzelmi-hangulati fekvés által motivált (holotim) bűnösségi, nihilisztikus, tönkremenéses vagy hipochondriás téveszmék jelentkeznek. Összefoglalóan a felsoroltakat a *mélységük, illetve tüneteik alapján major depresszióknak, illetve major affektív betegségeknek* nevezzük.

A depresszió azonban másodlagosan is felléphet, pszichés feltételezettséggel („pszichogén”, „neurotikus”, „kimerüléssel”, „reaktív” depressziók). Ezek kialakulása és mértéke függ a beteg személyiségtől, a kiváltó stressz mértékétől és tartamától. A jelenlegi klasszifikációs rendszerben tartós hangulatzavarként *disztímia* F34.1 kóddal szerepel, de a definíció nem tükrözi eléggé e kórforma pszichogén és főként reaktív, átmeneti jellegét, inkább depresszív személyiségzavarnak felel meg. Emiatt a „pszichogén” „reaktív” depressziók sokkal inkább az F32, F33 azon alcsoportjai alá sorolhatók, melyek a megjelenés ismétlődését, enyhe, nem pszichotikus szintű kórlefolását tekintik a besorolás alapján: ha egy alkalommal fordul elő ilyen depresszió a „depresszív epizód”, ha több ízben, az „ismétlődő depresszió” kódja alá tartozhat).

Az affektív kórképek formái

Bipoláris típusú kórképek (F31). Váltakozva jelenik meg a mániára, illetve a depresszióra jellemző tünetegyüttes.

A *mánia* (F30) jellegzetes tünetei a vitális felhangoltság, az általános felgyorsulás (ez a mozgásokra, a gondolkodásra, a beszédre egyaránt vonatkozik), kritikátlansággal, az én túlértékelésével, nagyzásos ötletekkel, szexuális kilengésekkel. Gyakori tünet a feszültség és az ingerlékenység is, melyek a környezet számára rendkívül zavaróak lehetnek, és konfliktusokhoz is vezethetnek. Ugyanakkor a mániás beteg általában rendkívül jól érzi magát, és ezért nem is tartja magát betegnek. A testi, vegetatív tünetek közül a leg-

feltűnőbb az alvásigény csökkenése, mely fokozott aktivitással jár együtt az éjszakai órákban is. Egyébként szimpatikus túlsúly észlelhető, „csillogó szemekkel”, gyakran tachycardiával és vérnyomás-emelkedéssel. Többnyire farkasétvágyuk van, de testsúlyuk inkább csökken, mert mint minden mást, az étkezést is abbahagyják és „másba kezdenek”.

A *depresszió* (F32) ennek ellentettje: mélyülő lehangoltság, általános lelassultság, az expresszivitásban nagyfokú gátoltság, aggodalmaskodás, szorongás, önkicsinyítéses és bűnösségi gondolatok, tönkremenéses tépelődések, inszufficiencia-érzés és a depresszió mélységétől függően öngyilkosságra való hajlam, öngyilkossági gondolatok, kísérletek. Nincs semmi, ami örömet okozhatna, panasz lehet, hogy az „érzelmeik hiányoznak”. A szomatikus–vegetatív tünetek között a depresszióban is vezető helyen áll az alvászavar, melyet igen kínzóznak él meg a beteg; megnehezült elalvás, gyakran megszakított és felszínes alvás, korai ébredés. A betegek a koruknál idősebbnek látszanak, turgoruk csökken, testileg leromlanak, étvágytalanok, jelentős testsúlycsökkenés következhet be. Szájszárazság, szív-, gyomor- és bélbántalmak, emésztési zavarok gyakran képezik panaszukat, általános rossz közérzettel kísérve. Szemben a mániások fokozott szexuális készletével, náluk a szexuális aktivitás csökkenése vagy kialvása következik be.

Az unipoláris típus. BNO: Depressziós epizód (F32). Az egyén életében csak depressziós fázisok fordulnak elő (unipoláris mania gyakorlatilag nem fordul elő: az így diagnosztizált esetekben a depresszió szubklinikus lefolyású, vagyis igazában bipoláris kórképről van szó.) A betegség súlyossága a fázisok mélységétől, intenzitásától és gyakoriságától (mekkora a két fázis közötti remisszió időtartama) függ.

A depressziót a különféle testi panaszok gyakran elfedik, ezáltal a depresszió diagnosztizálatlan marad (a beteget ezért a háziórvosa vagy valamely szakrendelő eredménytelenül kezeli). A néhány évtizede *larvált (álcázott) depresszió*ként leírt megbetegedés homlokterében tehát nem a

pszichés jelenségek állnak, hanem szomatikus tünetek (fejfájások, gerincfájdalmak, szívűj nyomás, szívdobogás, ritmuszavarok, mellkasi szorítás, légszomj, székrekedés–hasmenés, étvágytalanosság, teltségérzés, különféle nőgyógyászati panaszok stb.). Célzott kérdésekkel azonban, ha nem is könnyen, de fény derülhet a hátterben megbúvó depresszióra. Ennek a diagnosztikus lépésnek a megtétele igen lényeges, mert a belgyógyászati megbetegedések képében jelentkező depressziók az antidepresszív kezelésekre többnyire jól reagálnak.

A *szervi betegséghez társuló, illetve pszichoreaktív depressziók* tüneti képe a depressziók általános jegyeit mutatja, a jelenségek súlyosságát azonban viszonyítani kell egyfelől a szervi betegséghez, másfelől a kiváltó tényező jelentőségéhez és/vagy időtartamához, mértékéhez. A kórkép megítélésében rendkívül fontos a beteg korábbi személyiségének ismerete.

A nem endogén depressziók etiológiájában szerepet kaphatnak *életkori sajátosságok*. Közöttük találhatjuk a *generációs időszakban* jelentkezőket, mint a terhesség vége felé fellépő lehangolódásokat, a szülést követő érzelmi kiürülést vagy depressziót szorongással, kényszergondolatokkal. A *klimax utáni involúcióban* súlyos, általában elhúzódó, gyakran öngyilkossági veszélyt jelentő depresszió alakulhat ki („involúciós melankólia”). Az *időskorban* a hangulati nyomottságot az öregkor egyes jellegzetes megnyilvánulásai egészíthetik ki, pl. „elbutulás”, ami a depresszió elmúltával jelentősen javulhat (pszeudodemencia).

Az *agy szervi károsodása*, különösen a frontális lebeny sérülései, daganatai gátolt-depresszív állapotokkal járhatnak együtt. Számos elhúzódó *testi betegséget* is hosszantartó depresszív állapotok kísérhetnek (pl. anyagcserezavarok, keringési megbetegedések, a gyomor-bél rendszer kórkepei stb.).

Egy-egy depressziós epizód felléphet a produktív tünetekkel járó *szkizofrénias folyamat* során is, nem ritkán az öngyilkossági veszélyével²⁰.

²⁰ Lásd a szkizofrénia tárgyaló részt is

A negatív tüneteket mutató és reziduális állapotok is gyakran járnak együtt gátolt-depressziós tünetegyüttessel. A neuroleptikus gyógykezelés során is kialakulhat hangulati nyomottság.

Tartós hangulat- (affektív) zavar (F34). Folyamatos, általában több évig tartó, többnyire fluktuáló nyomottság és/vagy emelkedettség anélkül, hogy az egyes epizódok intenzitása elérné a depresszióként vagy hipomániaként diagnosztizálható állapotokét. Ezek közé tartozik a *ciklotímia* (F34.0), az állandóan labilis hangulat (az egyes epizódok között azonban középfekvésű és stabil hangulat is előfordul). Az epizódok a külső körülményektől, életeseményektől függetlenül jelentkeznek, csak hosszabb megfigyelés alapján lehet diagnosztizálni, mert az állapot többnyire nem annyira súlyos, hogy orvoshoz forduljanak. A *disztímia* (F34.1) krónikusan nyomott hangulat, de ez sem éri el a depressziók kritériumait. Az ilyen egyének általában fáradtak, kedvetlenek, rossz a közérzetük, semmiben nem találják örömeiket, panaszkodóak, de a mindennapi teendőiket ellátják. Gyakorlatilag ide tartoznak mindazok az állapotok, amelyeket korábban elhúzódó neurotikus depresszió, szorongásos depresszív neurózis, depresszív személyiségzavar kórismék alatt tartottunk nyilván.

A hangulat további zavarai közé tartoznak azok a *depresszív állapotok*, elhúzódó reakciók, ahol a panaszok az általános egészségi állapot közvetlen élettani következményei. Ezek természetesen másodlagosak, más mentális zavarral nem magyarázhatóak, a pszichés tünetek visszahatnak az általános állapotra, tovább rontva a tevékenységet, a szociális beilleszkedést. Nyűgös, irritábilis állapot előfordulhat, de a maniform tünetek rendkívül ritkák. A *pszichoaktív szerek okozta hangulatzavar* a szer hatását (mérgezés) vagy megvonását követően egy hónapon belül alakulhat ki (lásd a szenvedélybetegségek fejezetben).

A rehabilitáció lehetőségei

- Az affektív kórképek rehabilitációja minden esetben megkísérelendő. Ezekben a kórképekben a mentális teljesítmény nem csökken – a depressziósok ún. pszeudodemenciája átmeneti –, ezért számítani lehet arra, hogy megfelelő kezelés mellett tartósan, eredeti munkakörükben lesznek foglalkoztathatók. A rehabilitációnak csak hosszabb távú pszichoterápiás kezeléssel egybekötve van esélye. Különösen jók a kilátások, ha a családi háttér megfelelő és a munkahelyi környezet is toleráns. Az ismételten jelentkező epizódok (fázisok) erősen próbára tehetik a „kedvező körülményeket” is, de a jelentkezésüknek időben történő felismerése, a gyógyszerelés korai megkezdése, átmeneti betegállomány beiktatása révén ezek a „buktatók” áthidalhatóak (rendkívül fontos, hogy a beteg és a hozzátartozója is jól ismerje a fenti állapotok korai tüneteit). Intézeti rehabilitációs lehetőségeket akkor kell keresni, ha a beteg egyedül él vagy a környezete intoleráns.

Az affektív állapotok szakértői véleményezése

Az affektív kórképek véleményezésekor célszerűbb a szindromatológiai leírás helyett az *etiológiai csoportok szerinti értékelést* alkalmazni. Azok a kórképek, amelyek uni- vagy bipoláris formában ismétlődnek (a régebbi elnevezés szerinti endogén kórképek), gyakorlatilag belső meghatározottságúak, lényegében a külső körülményektől függetlenül zajlanak. Súlyosságukat a fázisok milyensége, illetve a betegség általános, az életkor előrehaladtával enyhülő vagy rosszabbodó tendenciája szabja meg. Mind az organikus megalapozottságú depressziók, mind a pszichoreaktív lehangoltságok kialakulásában és fennmaradásában meghatározóak a külső körülmények: a testi betegségek, a pszichés stressz, az életmód, az

életkor nem elhanyagolható tényezők. Ugyanakkor a személyiség szerepe is jelentős; ennek talaján fejlődnek ki az említett kórformák, és a személyiség struktúrája további alakulásukra is kihatással van.

Mind a mániás, mind a depresszív fázisokban súlyos zavarok jelentkeznek a különböző tevékenységekben. A mániások felszínes asszociációi, könnyedsége, gyors és nem tartós kapcsolatteremtése, ami szexuális kritikátlanságokhoz is vezethet, társulva a költségekkel, a napi munka elhanyagolásával a létfenntartást veszélyeztethetik (kivételes, hogy a fázis kezdetén, átmenetileg, a mániások konstruktívak és produktívak is lehetnek, sikeres vállalkozásokba foghatnak). A depresszív fázisban viszont a tevékenységek teljes köre beszűkül, nemcsak improduktívá válhat a beteg a spontaneitás csökkenése miatt, hanem gyakorlatilag az önellátása is a minimumra csökkenhet súlyos gátoltság miatt. A kapcsolattartás is beszűkül vagy megszűnik, bármely tevékenység megkezdésének elhatározásáig sem jut el.

- A leírt jelenségek a munkaképesség hiányát jelentik, az elhúzódó fázisok vagy a remisszió nélküli átváltások azonban elérhetik, illetve meghaladhatják a rokkanttá válás mértékét. Az *unipoláris depressziók* enyhe vagy közepes mértékű fázisai általában nem okozzák a tevékenységi körök olymértékű beszűkülését, hogy az átmeneti keresőképzetlenséggel és megfelelő kezeléssel ne lenne helyreállítható. Problémát inkább csak akkor jelentenek, ha az ismétlődő (rekurrens) fázisok jelentkezése gyakoribbá válik, a fázisok időtartama elhúzódik, és a tünetek között pszichotikus tartalmak is megjelennek. Ez azt is jelenti, hogy az értékelés szempontjából a súlyosabb depresszív fázisnak megfelelő állapotot tarjuk szem előtt. Ennek tünetei azonosak a bipoláris típusnál leírtakkal (lásd előbb). A *bipoláris kórképek* esetén a depressziós állapot súlyossága mellett a mániás epizódokat is komolyan kell mérlegelni. Sok esetben – betegség tudat híján – a

mániás a kezelést elutasítja, s közben kritikátlan kapcsolatokat köt, anyagilag megfontolatlan lépéseket tesz, családját romlásba sodorhatja.

- A *szervi betegségekhez csatlakozó depressziók* az alapbetegség tüneteivel keveredve észlelhetők, mintegy azzal kölcsönhatásban. Rokkantságot megalapozó fogyatékoságot csak a két betegség együttes értékelésével lehet megállapítani. A posztinfekciós állapotokhoz csatlakozó, az endokrin, toxikus stb. betegségeknél fellépő tüneti depressziók többnyire csak átmeneti állapotok, és a háttérbetegség javulásával, egyensúlyban tartásával enyhülnek vagy megszűnnek.
- Több problémát és alaposabb megfontolást igényelnek a *pszichoreaktív módon kialakuló, többnyire elhúzódó depressziók*. Ezek fellépése megérthető, „beleérezhető”, de méreteiben (időtartam, súlyosság) többnyire nem áll arányban a kiváltó stresszel vagy megterheléssel. Megítélése sok szubjektív elemet tartalmaz, mégis feltűnő, hogy sok esetben a célszerű támogatást nyújtó környezetben a megfelelő gyógykezeléssel, a súlyos reakció is következmények nélkül „lecseng”. Más esetekben viszont elhúzódó formában fennmarad a depresszió, hosszantartó gyógyszeres kezeléssel és pszichoterápiával is alig javítható. A kórkép elhúzódásához sok esetben az inadekvát orvosi hozzáállás és gyógykezelés is hozzájárul. Ezekben a formákban a beteg személyiségében található meg azok a vonások, amelyek elősegítik az ilyen reakciók fennmaradását, a pszichés tünetek szomatizációját. Az elhúzódó depresszív reakció háttérében gyakran felfedezhetjük a betegség elismertetéséért folytatott „küzdelmet” a magasabb rokkantsági fok, a jobb anyagi kompenzáció elérése érdekében. Ez a magatartásmód általában nem tudatos, a beteg valóban szenved. Erre utal az a tény is, hogy a háttérben rejlő törekvés megvalósulása esetén sem válik tünetmentessé, életvi-

tele továbbra is a krónikus affektív zavarra jellemző²¹.

Organikus mentális zavarok

Huszár Ilona

Az organikus kórképek meghatározása és gyakorisága

Az organikus pszichoszindróma (organikus mentális zavarok) súlyos általános testi megbetegedések vagy organikus agyi elváltozások által létrehozott pszichopatológiai tünetegyüttes. Nem specifikus, a legkülönbözőbb etiológiai tényezők eredményezhetik. Csatlakozhat akut fertőző megbetegedésekhez, intoxikációkhoz, keringési zavarokhoz, akut anyagcserezavarokhoz (uraemia, diabetes mellitus, májkárosodás stb.), de létrehozhatja koponya-, agysérülés, daganat, epilepszia, lehet endokrinológiai kórképek velejárája, koponya-, illetve agysérülések és lezajlott gyulladások maradványtünete, valamint kialakulhat ismeretlen ok következtében is (egyres demenciák). A kórisme ezért mindig kétlépcsős: a szindromatológiai diagnózis (organikus eredetű kórkép) után keresni kell az észlelt szindróma kórokat.

Az organikus kórképek megjelenhetnek akut vagy krónikus formában. Kórlefolyásukat tekintve lehetnek progresszívek, regresszívek vagy stagnáló, illetve reziduális állapotúak. A pszichoszindrómák tünettana önmagában viszonylag jól körülhatárolható, melyben főként a kóroként szereplő folyamat kiterjedése és elhelyezkedése játszik szerepet. Ennek ellenére a kórlefolyás különbözősége a pszichoszindróma tüneti megjelenését olyannyira befolyásolja, hogy az akután fellépő pszichoszindrómák a krónikus folyamatoktól gyökeresen különböznek. Előfordulási gyakoriságuk etiológiájuk sokszínűsége miatt

százalékosan még megközelíthetőleg sem adható meg. Azoknak a kórképeknek a sokfélesége és gyakorisága azonban, melyekhez pszichózis vagy pszichoszindróma csatlakozhat, arra utal, hogy rendkívül gyakori kórképről van szó. Felismerésének jelentőségét az adja, hogy jelenléte az alap-megbetegedés súlyosságának egyik mutatója.

Az organikus pszichoszindróma következetes használatát kezdettől fogva zavarta az a tény, hogy a demenciákat és az oligofréniákat, bármely nyelvterületen, minden tankönyv külön fejezetben tárgyalta és „leválasztotta” az organikus pszichoszindrómákról, holott mindkettő pontosan megfelel e diagnózis követelményeinek. További nehézséget és talán zavart is keltetett az „enkefalopátia” fogalmának kiterjedt használata, mely eredetileg valamely születéshez kapcsolódó agykárosodás utáni állapotot jelölt. Jelenleg azonban bizonyos kórfolyamatok diagnózisában általánosan használt elnevezés, mely azt jelzi, hogy az adott kórfolyamathoz agyi károsodás is társult (pl. encephalopathia vascularis, diabetica, hepatica, posttraumatica, saturnina stb.).

Az organikus kórképek klasszifikációja

A modern klasszifikációs rendszerek, köztük a BNO, nem alkalmazza az általánosan ismert „organikus pszichoszindróma” elnevezést, hanem helyette az *organikus mentális zavarok* kifejezést használja az alábbi kódokkal:

- F00–F03-ig: a demencia különböző formái,
- F04: organikus amnesztikus szindróma, melyet nem alkohol vagy más pszichoaktív szer okozott (előbbieket a „pszichoaktív szerek használatával kapcsolatos zavarok” címszó alatt szerepelnek),
- F05: delírium, melyet nem alkohol vagy más pszichoaktív szer okozott,
- F06: egyéb mentális zavar, melyet agyi károsodás és diszfunkció vagy testi megbetegedés

²¹ Lásd részletesen a „Neurotikus magatartászavarok” című fejezetben

okozott (hallucinózis, katatonia, paranoid szkizofréniászerű zavar, hangulatzavarok, szorongásos zavar, disszociatív zavar, emocionális labilitás [aszténia], enyhe kognitív zavar),

- F07: *a központi idegrendszer működészavara, károsodása, betegsége által okozott személyiség- és viselkedészavarok* (organikus személyiség-zavar és egyéb).

Akut organikus pszichózisok (pszichoszindrómák)

Súlyos általános testi megbetegedések (fertőző betegségek, intoxikált állapotok, urémia, anyagcsere-betegségek, koponya- és agysérülések stb.) kísérő tünete, mely *akutan fellépő, gyakran fluktuáló, többnyire reverzibilis pszichotikus működészavar*. Súlyossága függ a kiváltó külső (vagy belső) ártalom intenzitásától és a szervezet ellenálló képességétől. Az *obligát tünetek* a károsító behatással szoros idő- és intenzitásbeli összefüggésben állnak. A mindig jelenlévő tudatzavar lehet tudatborulás (delírium vagy ködös állapot), tudatszétesés (amencia), de előfordulhatnak az éberségi szint zavarának különböző fokozatai is (kábultság, aluszékonyság, szopor, kóma).²²

Az akut organikus kórképek *fakultatív tünetei* a kiváltó külső vagy belső ártalommal nincsenek olyan szoros kapcsolatban, mint a fentebb részletezett tudatzavarok – létrejöttükben általános és/vagy speciális adottságok is szerepet játszanak. Fakultatív tünet lehet a hipertímia (az emelkedett alaphangulat) vagy a depresszió, gyakori a szomatoform (neurotikus) tünetek átmeneti jelentkezése, de paranoid, katatón reakciók, átmeneti hallucinózis és amnesztikus szindróma is előfordulhat.

- Az akut organikus kórképek mindig intézeti felvételt tesznek szükségessé, és gyakran

életveszélyes állapotot jelentenek. Kórházi körülmények között is jelentkezhetnek. Gyakoriak belgyógyászati osztályokon keringési és anyagcserezavarok szövődményeként, traumatológiai osztályon (ún. elvonásos delírium), de anesztéziában részesülő betegeknél is felléphet (hipoxia következményeként). Gyerekeknél nem ritka az ún. lázas delírium kialakulása. Idős betegeknél a kiszáradás vezethet delírium fellépéséhez.

Az akut organikus pszichózisok (pszichoszindrómák) többnyire reverzibilisek, de ritkán maradványtünetként amnesztikus szindróma vagy szellemi leépülés alakulhat ki. A prognózist – értelemszerűen – nagymértékben befolyásolja az alapbetegség, melynek tüneteként jelentkezett. A munkaképesség tartós csökkenését, esetleg a rokkantsági állapotba helyezés szükségességét minden esetben az alapbetegség határozza meg. Kivételt csak az jelent, ha esetleg maradványtüneteket hagynak maguk után, mert e tünetek, súlyosságuknak megfelelően, hozzáadódnak az alapbetegség által okozott károsodásokhoz.

A BNO és egyéb klasszifikációs rendszerek az organikus kórképeknél a kórkép tünettanából indulnak ki; ilyen módon az előbbiekből részletezett etiológiai tényezők nem fő diagnózisként szerepelnek. Az akut organikus kórképek a delírium (F05), az organikus hallucinózis (F06), az amnesztikus szindróma (akut, átmeneti formája, F04), az organikus katatón zavar (F06), az organikus paranoid szkizofreniform zavar (F06), illetve az organikus affektív zavarok (F06) kódjai alatt regisztrálhatók (részletesen lásd előbb).

Krónikus organikus kórképek

Az újabb klasszifikációs rendszerek a krónikus kórképek felosztásában előtérbe helyezték a demenciát mint szindrómát. Az etiológiai tényezőket is figyelembe véve *primer és szekunder demenciákat* különböztettek meg.

Az előzőekben részletezett klasszifikációs felosztásból az is kiderülhetett, hogy az organikus

²² Lásd részletesen a „Tudat és tudatzavarok” fejezetben

kórképek közé sorolhatók olyan tünetcsoportok, magatartászavarok is, melyek organikus eredetűek, de az előtérben *nem kognitív zavarok* állnak (ez úgy is kifejezhető, hogy nincsen olyan pszichiátriai megbetegedés, melyet ne idézhetne elő testi betegség). Ezek között megjelenhetnek *pszichotikus* (lásd előbb) és *neurotikus* kórformák egyaránt. Ez utóbbiak megjelenési formái az organikus szorongásos (F06) és az organikus disszociatív zavar (F06), az aszténia (emocionális labilitás F06) – klinikai megjelenésük lényegében nem különbözik azokétól, melyek alapját nem organikus, szomatikus megbetegedés képezi. Prognózisuk az egyéb organikus megalapozottságú pszichés zavarokhoz hasonlóan ugyancsak az alapbetegségnek függvénye. Az amnesztikus szindróma (F04), bár az akut kórformához is csatlakozhat, gyakrabban jelentkezik krónikus formában.

A pszichiátria jelenleg is széles körben alkalmazza a krónikus organikus pszichoszindróma elnevezést, melynek két formáját különítették el: a *diffúz organikus pszichoszindrómát* és a *lokális organikus pszichoszindrómát*. A diffúz forma és a demenciák között rendkívül nehéz volt meghúzni a határvonalat, és a megkülönböztetés inkább a szerint történt, hogy kezdődő vagy enyhe fokú teljesítménycsökkenések esetében kevésbé szívesen alkalmaztuk a demencia kórismét (egyértelmű minőségi különbség a két kórisme között nem volt megfogalmazható csak annyiban, hogy a diffúz organikus pszichoszindrómáknál inkább az affektivitás zavarai, mint a hanyatlás állt az előtérben). Abban az esetben, ha az idegrendszer károsodása nem kiterjedt, hanem csak egy területre lokalizált, jól körülhatárolható szindrómák jöhetnek létre. E kórképek az ún. lokális organikus pszichoszindrómák. Tünetei a károsodás helyének és a károsodást létrehozó folyamatnak a függvényei, legismertebb formái az alábbiak:

- *Frontális (felső frontális) lokális organikus pszichoszindróma*. Indítékszegénység, a spontaneitás és produktivitás hiánya, érdektelenség, közömbösség jellemzi. A produktív gondolkodás, az ítélőkészség beszűkülése

következtében jelenik meg az ötletszegénység, a színtelenség, a tevékenység célirányos tervezésének hiánya. Önállóan, fokozottan befolyásolható személyiségek.

- *Frontális (frontobazális) organikus pszichoszindróma*. Súlyos személyiségváltozással jár, melynek fő jellemzője az amorális-antiszociális magatartásformák kialakulása. A viselkedést állhatatlanság, gátlástalanság, kritikátlanosság jellemzi. Nem ritka az eufóriás hangulat. Felismerését nehezíti, hogy nem alakul ki teljesítményhanyatlás vagy leépülés, nincs meglassulás, a beteg reakciókészsége jó. Kórisme felállítása csak a premorbid személyiség és életvezetés ismeretében lehetséges.
- *Temporális (temporobazális) organikus pszichoszindróma*. Fő tünetei az ingerlékenység, túlérzékenység, indulatosság, hangulati és érzelmi labilitás, máskor érzelmi hidegség, sok esetben énközpontúság és bizalmatlanság. Következményei a szociális alkalmazkodás zavarai, de kveruláns, paranoid, antiszociális magatartásmódok is előfordulhatnak. Az intellektus leépülése, de még a beszűkülése is hiányozhat, ahogy a pszichomotoros meglassulás is. A változások előtérben tehát az affektivitás zavarai állnak, melyek összességükben személyiségzavarra emlékeztetnek. Így a kórfolyamat csak a megelőző személyiség és életvezetés ismeretében kórismézhető.

A felsorolt pszichoszindrómák döntően személyiségváltozásként jelennek meg, az esetleges teljesítményhanyatlás háttérben áll, kivételt a frontális pszichoszindróma képez, ahol a kognitív funkciók (pl. az előrelátás, tervezés stb.) jelentősen csökkenhetnek. A lokális organikus pszichoszindrómákat neurológiai tünetek egészíthetik ki, ezek a kórképek a neurológiában *lebenyszindrómáknak* kórismézhetők.